



# **Procedimentos Específicos em contexto de Saúde Infantil e Pediátrica**

**Simão Pedro Pereira Vilaça**

## **Ficha técnica**

*Título*

**Procedimentos de Enfermagem em contexto de  
Saúde infantil e Pediátrica**

*Autor e Editor*

**Simão Pedro Pereira Vilaça**

Título de Especialista em Enfermagem

Doutor em Estudos da Criança – Especialidade de Saúde Infantil

Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

*Edição*

**2014**

*Capa*

**Gabriel Vilaça e Maria Vilaça**

*Imagens*

As imagens utilizadas são da própria autoria, ou legalmente  
autorizadas para utilização.

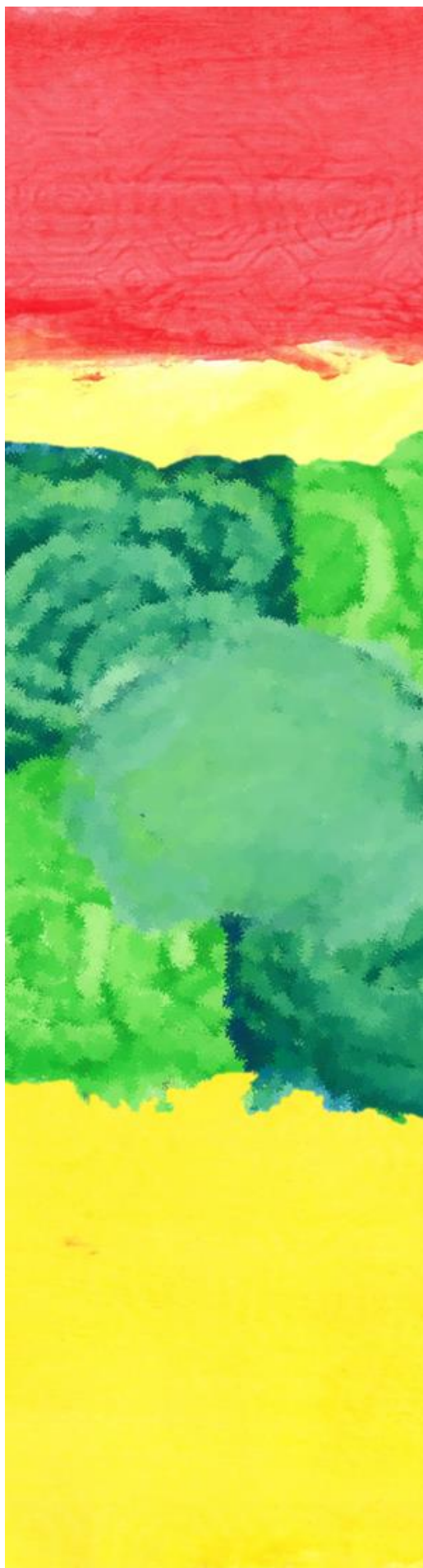
*ISBN*

**978-989-20-4371-5**



## Índice

<b><u>1.</u></b>	<b><u>ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA</u></b>	<b><u>6</u></b>
<b><u>2.</u></b>	<b><u>ACESSOS VENOSOS PERIFÉRICOS</u></b>	<b><u>10</u></b>
<b><u>3.</u></b>	<b><u>COLHEITAS DE ESPÉCIMENS PARA ANÁLISE</u></b>	<b><u>12</u></b>
<b><u>4.</u></b>	<b><u>ENTUBAÇÃO ORO/NASOGÁSTRICA</u></b>	<b><u>13</u></b>
<b><u>5.</u></b>	<b><u>TREINO DA SUCÇÃO/DEGLUTIÇÃO</u></b>	<b><u>14</u></b>
<b><u>6.</u></b>	<b><u>ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA POR Sonda ORO/NASOGÁSTRICA</u></b>	<b><u>16</u></b>
<b><u>7.</u></b>	<b><u>PUNÇÃO LOMBAR</u></b>	<b><u>17</u></b>
	<b><u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u></b>	<b><u>21</u></b>



O contributo para a capacitação de conhecimentos e competências dos estudantes de enfermagem, numa área específica como da saúde infantil e pediátrica, carece de uma atualização e disponibilização de recursos didáticos aos estudantes de forma a adquirir de forma sistematizada os conhecimentos que sustentarão o desenvolvimento de *skills* importantes à qualidade dos cuidados e ao desenvolvimento da profissão.

Este e-book pretende servir como base para sistematizar as intervenções de enfermagem revestidas de efetividade adequando a eficiência e segurança da ação à eficácia do resultado em contexto de saúde infantil e pediátrica.

Todos os procedimentos de enfermagem de saúde infantil e pediátrica exigem competências de atuação em parceria com os cuidadores habituais da criança, é por isso fundamental, para os enfermeiros em contexto de cuidados de crianças, as vertentes técnicas, científicas e relacionais. É inexequível cuidar de uma criança sem conhecê-la através dela própria e dos seus cuidadores. Neste e-book serão apresentados os procedimentos e intervenções de enfermagem mais comuns com especificidades relacionadas com a criança.



## 1. ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA

A prescrição de terapêutica em pediatria é efetuada com base no peso da criança. Deste modo, implica que o enfermeiro faça o **cálculo da quantidade a administrar**, consultando a **concentração** do fármaco, e que adeque os materiais.

1.1.Oral – a apresentação pode ser: xarope, solução, gotas, gel, comprimidos, cápsulas e manipulados; os utensílios podem ser colheres-medida, seringas e copos graduados; existem ainda fármacos em que se pretende que atuem na mucosa oral (tópicos). Para a administração via oral é necessário o conhecimento da criança, a sua idade, a fase de desenvolvimento, a sua interação habitual a esta forma de administração, a existência de défices de saúde que interfiram com a deglutição e absorção, bem como a parceria com cuidadores habituais.

1.2.Rectal – a apresentação pode ser supositórios e enemas: os supositórios têm doses não manipuláveis e devem ser introduzidos com a extremidade da base conforme Figura 1, uma vez que os movimentos das contrações irão promover que o supositório seja pressionado para dentro (Abd-el-Maeboud, 1992; Abdelmaeboud, Elnaggar, Elhawi, Mahmoud, & Abdelhay, 1991); é importante a certificação da não expulsão quer dos supositórios quer dos enemas; em situações de urgência é conveniente a preensão das nádegas para evitar a expulsão do fármaco (e.g. administração de *Diazepan* rectal nas convulsões).



Figura 1 Introdução de supositório retal

1.3. Intramuscular – é uma via de administração a evitar em pediatria e só deve ser usada quando não existe outra alternativa menos dolorosa e ameaçadora; implica posicionamento e imobilidade da zona escolhida (e.g. Figura 2).



Figura 2 Imobilização da zona escolhida

Para a seleção da agulha a utilizar, tem que se considerar o desenvolvimento muscular da criança e a espessura/viscosidade do fármaco. Em fármacos com diluição deve optar-se pela menor quantidade possível de solvente. Os músculos deverão ser o vasto lateral (ver Figura 3 e Figura 4) e deltoide (Figura 5).

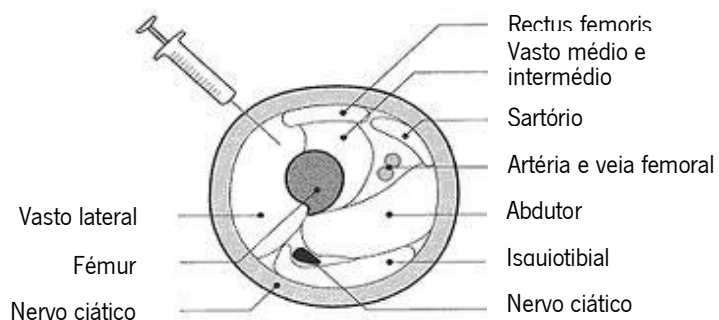


Figura 3 Secção transversal esquemática da coxa mostrando o local recomendado de administração de IM (NHMRC, 2013)

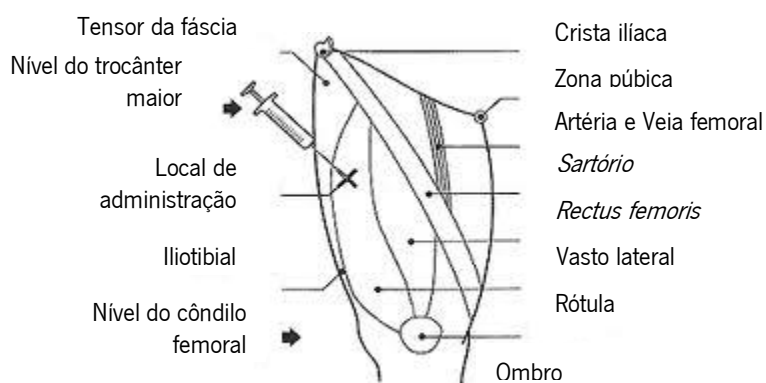


Figura 4 Diagrama dos músculos da coxa mostrando o local recomendado de administração de IM (NHMRC, 2013).

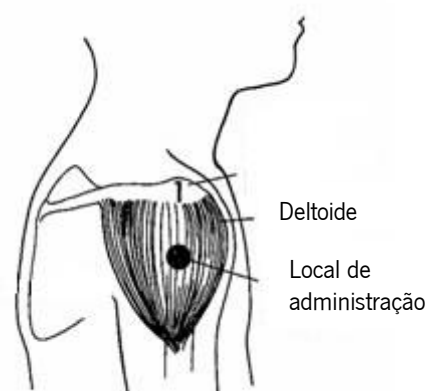


Figura 5 Musculo deltoide e local recomendado para administrar IM (NHMRC, 2013).



1.4. Dérmica – a apresentação pode ser em creme, pomada e pasta. Em todas elas deve-se proceder à higiene da pele, na aplicação de pasta e na remoção completa da porção não absorvida (antes da próxima aplicação).

**Crosta láctea** – aplicar vaselina (Williams, 2010) ou creme queratolítico (de acordo com a evolução da crosta a primeira para manutenção e a segunda para extração) 60 minutos antes de cuidados de higiene com massagem suave, utilizar polpas dos dedos.

A utilização de corticoides não é recomendada (David, Tanuos, Sullivan, Yan, & Kircik, 2013).

**Eritema das fraldas** - pode apresentar-se numa fase inicial com aspeto de rubor ou evoluir para escoriação. O procedimento a utilizar deverá ser o mesmo para a prevenção: suspender uso de toalhetes comerciais, higienizar com sabão neutro e água tépida (Atherton, 2004) e aplicar

vitamina-A pasta (pode estar associada a óxido de zinco). Alguns enfermeiros e médicos da prática recomendam, no estágio de ulceração, aplicar solução de eosina a 2%, 2x/dia (Lapidoth, Ben-Amitai, Bhandarkar, Fried, & Arbiser, 2009) e vitamina-A pasta a cada mudança de fralda, bem como mudar com maior frequência a fralda. O uso de Eosina a 2% como um adstringente para secar a pele macerada e promover a cicatrização, não foi avaliado em ensaios clínicos, sendo este teste comum mas não suportado pela evidência. Pode ser necessário coadjuvar o tratamento, com analgésicos e a promoção do conforto com a seleção de vestuário largo e macio.

1.5. Endovenosa – a administração pode ser sob a forma de injeção direta, bólus e perfusão. Para a seleção da forma deve consultar-se: i) manual de administração de terapêutica pediátrica, ii) orientações do fabricante e em caso de dúvida solicitar ajuda técnica à farmácia da instituição (as apresentações e forma





de administração diferem das do adulto). A forma de administração está relacionada com a concentração administrada, pelo tempo de perfusão, face à capacidade de metabolização da criança e à ocorrência de efeitos secundários. Exige-se um acesso venoso que pode ser periférico ou central.

Nos acessos venosos periféricos pode optar-se pela utilização de agulhas com aletas ou cateter de acordo com o carácter esporádico ou continuado da administração do fármaco.

Na administração de perfusões torna-se imperativo o rigor quer das quantidades quer das composições, pelo risco de provocar desequilíbrios hidro-eletrolíticos. Na administração de fármacos de injeção direta, num acesso permanente, deve efetuar-se a lavagem de prolongadores e torneira de forma a assegurar que todo o fármaco entre em circulação e diminuir o risco de obstrução.

É de grande importância o conhecimento das incompatibilidades dos fármacos e dos seus efeitos nos locais de

administração pois existem fármacos que se anulam ou potencializam se administrados juntos ou no mesmo acesso e outros que oferecem grande agressividade às veias obrigando a cuidados específicos na vigilância e no momento da administração.

## **2. ACESSOS VENOSOS PERIFÉRICOS**

Com exceção das situações de emergência, onde se opta por acessos proximais, deve iniciar-se a seleção de veias distais que libertam mais a criança para a sua atividade e preservam os acessos proximais para colheitas, situações de emergência e utilização de outras técnicas como por exemplo o acesso Epicutâneo. O acesso venoso periférico é utilizado para colheitas de sangue, administração de terapêutica e manutenção de perfusões.

A escolha de material (agulha com aletas, agulha com aletas e com prolongador, agulha e/ou Cateter) e suas características como os seus calibres e comprimentos, deve atender ao conhecimento da anatomia venosa da criança (Figura 6), às condições físicas, ao estado clínico e ao objetivo do acesso.



Figura 6 Anatomia venosa da criança.

O sucesso do acesso venoso, depende em grande medida, para além da competência técnica, em competências relacionais que contemplem uma abordagem adequada da criança e seus pais considerando a sua fase de desenvolvimento bem como a interação entre criança-pais em situações adversas.

Nos acessos venosos periféricos, com objetivo de perfusão contínua, são importantes as medidas que asseguram a sua permanência e a prevenção de infecção. Deste modo, a sua fixação deve contemplar o uso mínimo de três adesivos: primeiro um pequeno retângulo



que fixa o percurso do Cateter à veia; um segundo que assegura a não exteriorização e o terceiro que fixa todo o Cateter. Pode ainda utilizar-se mais adesivo, desta vez mais comprido e colocado em diagonal para fixar prolongadores, contrariar flexuras fisiológicas e evitar descolamento dos primeiros devido a transpiração ou movimentação do local do acesso.

A manutenção do cateter implica a observação diária do local da punção e verificação da permeabilidade do cateter, se utilizados adesivos transparentes no local de inserção e ao longo do trajeto do cateter ou com a mudança de todos os adesivos. Esta última prática, não é suportada pela evidência científica, os autores advogam a troca de adesivos apenas se estiverem húmidos, sujos ou soltos (Bijma, Girbes, Kleijer, & Zwaveling, 1999; Maki, Stolz, Wheeler, & Mermel, 1994). A substituição de cateteres periféricos em crianças só deve acontecer quando clinicamente indicado (Band & Maki, 1980; Maki, Goldmnan, & Rhame, 1973).



### **3. COLHEITAS DE ESPÉCIMENS PARA ANÁLISE**

- 3.1. Sangue – é importante que o tubo, para colheita de sangue, seja adaptado ao peso da criança e aos locais de punção, venosa ou capilar.
- 3.2. Urina – a colheita de urina implica sempre a higiene dos órgãos genitais externos com água e sabão neutro (Moralejo, 2008; Vaillancourt, McGillivray, Zhang, & Kramer, 2007), seguindo o princípio de dentro para fora e de frente para trás, afastar os lábios (para meninas) ou retrair o prepúcio (para meninos), para limpar o meato uretral e períneo com gaze e sabão neutro duas vezes (Vaillancourt et al., 2007). Quando o objetivo é urocultura deve seguir-se os princípios de assepsia na seleção e manipulação dos materiais e ainda substituir saco coletor de urina (quando a colheita é efetuada na criança que usa fralda) e todo o procedimento de higienização de 30 em 30 minutos, ou jato médio em crianças que não usam fralda. A colocação do saco coletor na menina implica a colocação da criança em posição de rã.
- 3.3. Suco gástrico – deve ser efetuado com a criança em repouso e em jejum por entubação nasogástrica ou orogástrica. O suco é aspirado com uma seringa de tamanho adequado à idade e peso da criança (cf. entubação naso/orogástrica).
- 3.4. Secreções – deve utilizar-se um Kit de aspiração com recetáculo adaptado ao sistema de vácuo e recolher no local indicado naso e/ou oro faríngeo (cf. aspiração de secreções)
- 3.5. Liquor cefalorraquidiano – a quantidade de liquor a colher deve ser o mínimo permitido pelo laboratório para onde vai ser enviado o espécimen. A colheita pode ser efetuada por punção lombar ou punção ventricular. (cf. punção lombar).



#### **4. ENTUBAÇÃO**

##### **ORO/NASOGÁSTRICA**

A seleção do calibre e tamanho da sonda é efetuada de acordo com a estatura da criança. A criança deve se colocar em semi fowler e com ligeira flexão da cabeça.

Na fixação da sonda deve utilizar-se adesivo hipoalérgico preparando a pele limpa.

Os adesivos podem ser cortados em forma de calça para colocação nasogátrica (imagem A da Figura 7 ) ou de bigode para colocação orogátrica (imagem B da Figura 7 ).

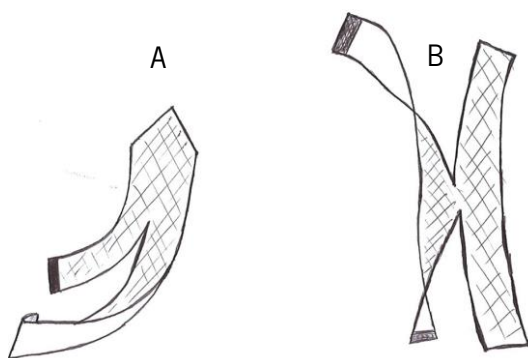


Figura 7 forma dos adesivos para fixação de sonda

A sua colocação deve assegurar a suspensão da sonda no adesivo, e não na asa do nariz, devendo o adesivo ser colado na sonda em forma “sandália romana”, como mostra a Figura 8, evitando a fácil remoção em caso de acidente.



Figura 8 Fixação do adesivo na sonda.

Diariamente mudar o adesivo, higienizar a pele, alternando os pontos de fixação, vigiar ocorrência de reações. Otimizar procedimento de higiene nasal.



## 5. TREINO DA SUCÇÃO/DEGLUTIÇÃO

Aplica-se a crianças que apresentem ausência ou ineficácia da sucção e/ou deglutição e visa adquirir estas competências (Pinelli & Symington, 2005) ou minimizar os efeitos da ausência da sucção e deglutição na vocalização, na estética facial e implantação dentária.

Pretende assegurar a totalidade da refeição ou ser exclusivamente de treino e neste caso a alimentação é assegurada por sonda nasogástrica ou outra via. Existem situações intermédias variando de acordo com o grau de eficácia dos reflexos de sucção e deglutição.

Este procedimento deve ser assegurado num local onde exista um aspirador de secreções pronto e acessível. Colocar a criança ao colo, se for mais velha deve ficar sentada em cadeira adequada. Proporcionar apoio da cintura escapulo-umeral e neutralizar extensão da cabeça.

5.1. Alimentação com biberão: colocar tetina na base da língua e contra o palato superior (Figura 9), favorecer a preensão do maxilar inferior e o aconchego do malar; coordenar estes quatro gestos de modo ritmado simulando a fisiologia, deixar o bebé relaxar como se de uma mamada se tratasse, demorar até 20 minutos ou menos de acordo com as energias do próprio bebé (o cansaço ou exaustão levam a mais prejuízos que benefícios).

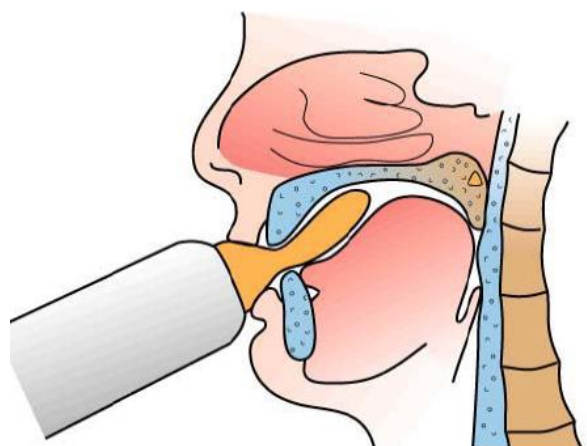


Figura 9 Posição da tetina na boca.



5.2. Alimentação com colher: usar alimentos moles e bem passados (textura de papa); colocar a colher na base da língua, deixar cair o alimento ao mesmo tempo que se provoca o fecho do maxilar inferior e aconchego dos málares, conferir deglutição com ou não massagem externa na região do cricoide. Repetir conjunto de gestos e atender aos princípios enunciados anteriormente.

Durante o procedimento manter o contacto visual e a interação, de forma a observar as reações da criança e vigiar sinais de dificuldade respiratória. O momento deve ser promovido de forma harmoniosa.



## **6. ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA POR Sonda ORO/NASOGÁSTRICA**

Pode ser administrada por gravidade ou por bomba infusora, de forma contínua, intermitente ou em bólus.

Confirmar posicionamento da sonda. Avaliar resíduos gástricos antes de cada refeição, de 6/6 horas na alimentação contínua ou intermitente. Reintroduzir resíduos gástricos exceto se contiverem grandes coágulos de sangue, secreções mucopurulentas ou fezes.

A quantidade reintroduzida deve ser descontada no aporte das próximas duas horas ou da refeição em causa, desde que não ultrapasse 50% da dose total (Moore & Wilson, 2011; Surmeli-Onay, Korkmaz, Yigit, & Yurdakok, 2013), caso contrário fica apenas com esse conteúdo gástrico e mantém-se a vigilância.

A criança deve estar posicionada com o tronco elevado em decúbito lateral ou dorsal ou ao colo durante a alimentação e na hora seguinte (se intermitente ou em bólus). Durante a alimentação estimular a sucção com alimento em pequeníssima quantidade com chupeta ou colher, i.e. alimentação não nutritiva (Pinelli & Symington, 2005). Vigiar vômitos, dejeções, distensão abdominal, densidade urinária, frequência cardíaca, frequência respiratória e saturações.

Durante o procedimento manter o contacto visual e a interação de forma a observar as reações da criança, vigiar sinais de dificuldade respiratória e promover o momento de forma prazerosa.

## **7. PUNÇÃO LOMBAR**

Na preparação do material deve selecionar-se agulha de acordo com estatura da criança.

Devem colaborar dois enfermeiros, um que assegura a arqueação cefalo-caudal e colocar em linha reta a coluna e outro que instrumenta a execução (Figura 10), assegurando as condições de assepsia e o controle da quantidade de liquor. É importante a abordagem da criança e pais atendendo à sua fase de desenvolvimento assim como a analgesia e sedação da criança. Grande parte dos insucessos da punção lombar advém da não priorização dos aspetos anteriores.



Figura 10 Posição e estabilização da coluna.



## **8. OPTIMIZAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA**

8.1. Para assegurar a função respiratória, em crianças com dificuldade respiratória, deve ser garantida a tríade *Posicionar-Permeabilizar-Oxigenar* que compreende:

8.1.1. Higiene Nasal – criança em semi-fowler, instilar soro fisiológico nas narinas, provocar inspiração e promover a drenagem das secreções nasais através do assoar, espirrar, tossir ou aspiração. Repetir sempre que necessário mas pelo menos antes das refeições. Pode ser um procedimento urgente em crianças até aos seis meses por só respirarem pelo nariz.

8.1.2. Aspiração de Secreções – seleção da sonda de acordo com estatura e com o local a aspirar, em regra usar um numero de calibre inferior no nariz que na oro faringe. Medir o tamanho de sonda a introduzir, da

asa do nariz até ao lobo da orelha. Humidificar a sonda em soro fisiológico, introduzir sem vácuo e aspirar com movimentos rotativos. Efetuar aspirações rápidas e repetir quanto necessário, interromper aos primeiros sinais de exaustão ou diminuição da saturação de oxigénio periférico (SatO<sub>2</sub>), oxigenar, acalmar a criança e continuar se necessário. Implica a monitorização cardiorrespiratória e de saturações. As **pressões** têm que ser adequadas à estatura da criança.

8.1.3. Oxigenoterapia – Pode ser assegurada por sonda naso-labial (necessidade de O<sub>2</sub> até 2 litros), por máscara com regulador de concentração (necessidade de O<sub>2</sub> até 60%) ou máscara de alto débito (necessidades de O<sub>2</sub> superiores a 60%).

Implica posicionamento em posição de semi-sentado ou sentado de acordo com o estado da criança, humidificação das narinas pelo menos 4x dia e higiene nasal





matinal, antes das refeições ou sempre que necessário. Implica ainda, oferecer água com frequência em pequenas quantidades, adaptando a forma à idade e estado clínico da criança.

Para a fixação da sonda naso-labial na criança pequena e lactente recorre-se a dois pequenos adesivos que fixam a sonda à face, precede-se da higiene da pele e proteção com tintura de benjoim. Diariamente repete-se estes cuidados e alterna-se os pontos de fixação dos adesivos.

Quer as sondas naso-labiais quer as máscaras são mal toleradas pelas crianças obrigando a competências de enfermagem de abordagem consoante a fase de desenvolvimento das crianças, e interação crianças-pais em situações adversas.

8.2. Inaloterapia – A criança deve ser posicionada em posição de semi sentada ou sentada. Conhecer os fármacos inalatórios e cuidados que lhe estão associados. Fazer

nebulização com máscara e na impossibilidade com bucal, assegurar que o mini nebulizador se mantenha na vertical. Preceder nebulização com higiene nasal. Conferir pressão de O<sub>2</sub>/ características do aparelho de inaloterapia. Na inaloterapia contínua vigiar sinais de hiper-hidratação, principalmente no neonato e lactente. Cuidar a abordagem da criança e promover o seu entretenimento.

8.3. Monitorização – Higienizar pele onde vão ser colocados os elétrodos torácicos, alternar diariamente o local de fixação, aplicar creme hidratante para facilitar a limpeza das marcas de cola.

O local de colocação dos elétrodos cardiorrespiratórios difere do adulto, relativamente ao elétrodo que capta os movimentos respiratórios. O tamanho dos elétrodos varia de acordo com a estatura da criança. Conhecer as orientações técnicas dos materiais, é importante porque alguns sensores de saturações digital implicam a sua alternância de 2 em 2 horas.

## 9. TRACÇÃO CUTÂNEA

Selecionar kit de acordo com estatura da criança. Preferir kit autocolante, permite maior mobilidade à criança e menor sofrimento pela menor manipulação do foco tracionado.

- Colocação inicial: lavar pele com água e sabão. Aplicar o kit adaptando o seu tamanho e ponto de tração ao objetivo e estatura da criança. Aplicar ligadura elástica em espiga (Figura 11) ou espiral. Colocar apoios de proteção dos fletores e de alinhamento em abdução (Figura 12).
- Manutenção da tração: periodicidade do alívio de acordo com protocolo do serviço no mínimo 1xdia. Neste, deve-se retirar ligadura, assegurar tração manual, lavar e massajar pele disponível, repor ligadura e apoios.

Vigiar características das extremidades e alinhamento do membro

Assegurar medidas não farmacológicas de minimização da dor e providenciar medidas farmacológicas.

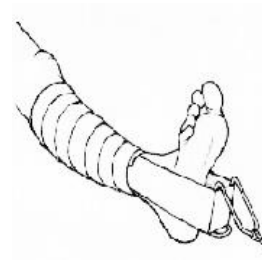


Figura 11 Adesivos laterais e ligadura em espiral.

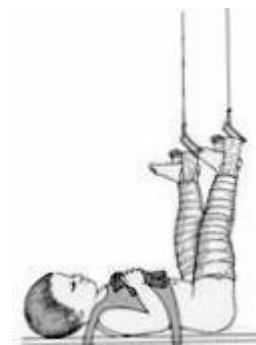


Figura 12 Alinhamento em abdução.



## Referências Bibliográficas

- Abd-el-Maeboud, K. (1992). The best way to insert rectal suppositories. *Nursing times*, 88(10), 50-50.
- Abdelmaeboud, K. H., Elnaggar, T., Elhawi, E. M., Mahmoud, S. A. R., & Abdelhay, S. (1991). RECTAL SUPPOSITORY - COMMONSENSE AND MODE OF INSERTION. *Lancet*, 338(8770), 798-800. doi: 10.1016/0140-6736(91)90676-g
- Atherton, D. J. (2004). A review of the pathophysiology, prevention and treatment of irritant diaper dermatitis. *Current Medical Research and Opinion*, 20(5), 645-649. doi: 10.1185/030079904125003575
- Band, J. D., & Maki, D. G. (1980). STEEL NEEDLES USED FOR INTRAVENOUS THERAPY - MORBIDITY IN PATIENTS WITH HEMATOLOGIC MALIGNANCY. *Archives of Internal Medicine*, 140(1), 31-34. doi: 10.1001/archinte.140.1.31
- Bijma, R., Girbes, A. R., Kleijer, D. J., & Zwaveling, J. H. (1999). Preventing central venous catheter-related infection in a surgical intensive-care unit. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 20(9), 618-620. doi: 10.1086/501682
- David, E., Tanuos, H., Sullivan, T., Yan, A., & Kircik, L. H. (2013). A Double-Blind, Placebo-Controlled Pilot Study to Estimate the Efficacy and Tolerability of a Nonsteroidal Cream for the Treatment of Cradle Cap (Seborrheic Dermatitis). *Journal of Drugs in Dermatology*, 12(4), 448-452.
- Lapidoth, M., Ben-Amitai, D., Bhandarkar, S., Fried, L., & Arbiser, J. L. (2009). Efficacy of topical application of eosin for ulcerated hemangiomas. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 60(2), 350-351. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2008.10.034>
- Maki, D. G., Goldmnan, D. A., & Rhame, F. S. (1973). INFECTION CONTROL IN INTRAVENOUS THERAPY. *Annals Of Internal Medicine*, 79(6), 867-887.
- Maki, D. G., Stolz, S. S., Wheeler, S., & Mermel, L. A. (1994). A PROSPECTIVE, RANDOMIZED TRIAL OF GAUZE AND 2 POLYURETHANE DRESSINGS FOR SITE CARE OF PULMONARY-ARTERY CATHETERS - IMPLICATIONS FOR CATHETER MANAGEMENT. *Critical Care Medicine*, 22(11), 1729-1737.
- Moore, T. A., & Wilson, M. E. (2011). Feeding intolerance: a concept analysis. *Advances in neonatal care : official journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 11(3). doi: 10.1097/ANC.0b013e31821ba28e
- Moralejo, D. (2008). Cleaning of the perineal/genital area before urine collection from toilet-trained children prevented sample contamination. *Evidence-based nursing*, 11(1). doi: 10.1136/ebn.11.1.25
- NHMRC. (2013). *The Australian Immunisation Handbook* N. H. a. M. R. Council (Ed.) Retrieved from <http://www.immunise.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/Content/Handbook10-home>
- Pinelli, J., & Symington, A. (2005). Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4). doi: 10.1002/14561858.CD001071.pub2
- Surmeli-Onay, O., Korkmaz, A., Yigit, S., & Yurdakok, M. (2013). Feeding intolerance in preterm infants fed with powdered or liquid formula: a randomized controlled, double-blind, pilot



study. *European Journal of Pediatrics*, 172(4), 529-536. doi: 10.1007/s00431-012-1922-2

Vaillancourt, S., McGillivray, D., Zhang, X., & Kramer, M. S. (2007). To clean or not to clean: Effect on contamination rates in midstream urine collections in toilet trained children. *Pediatrics*, 119(6), E1288-E1293. doi: 10.1542/peds.2006-2392

Williams, C. (2010). Olive oil for cradle cap? *Community practitioner : the journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association*, 83(11).

